|  |  |
| --- | --- |
| UBG-Klinik / Form-1  | **Tarih: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_****Hastane Kodu: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_** **Ünite Kodu: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_** |
| **A. Klinikte kullanılan yatak sayısı** |  \_\_ \_\_ \_\_ Yatak  |
| **B. Klinikteki dolu yatak sayısı** |  \_\_ \_\_ \_\_ Yatak |
| **C. Yatan hastaların ana grubu (lütfen aşağıdaki kodları kullanın)** |  \_\_ \_\_  |
| **1****2****3****4****5****6****7****8****9****10****11****12** | Dahili tıp / genelDahili tıp / gastroenteroloji-hepatolojiDahili tıp / onkoloji (radyasyon onkolojisi dahil)Dahili tıp / kardiyolojiDahili tıp / enfeksiyon hastalıklarıDahili tıp / geriatriDahili tıp / endokrinDahili tıp / nefroloji - romatolojiDahili tıp / hematolojiNörolojiPsikiyatriDermatoloji | **13****14****15****16****17****18****19****20****21****22****23****24** | FTRGenel CerrahiGastroenterolojik CerrahiKardiyotorasik CerrahiOrtopedik Cerrahi TravmaNöroşirurjiKadın Hastalıkları / obstetriKulak Burun Boğaz Plastik cerrahiPalyatif bakımDiğer (lütfen tanımlayın) ……………………….. |
| **D. Klinikte çalışan personel sayısı (Temizlik personeli hariç):** | **Sayı (Gündüz çalışan personel)** |
| 1-Öğretim üyesi |  |
| 2-Uzman |  |
| 3-Asistan |  |
| 4-Hemşireler |  |
| 5-Diyetisyen (o klinik için görevlendirilmiş) |  |
| 6-Psikolog (o klinik için görevlendirilmiş) |  |
| 7-Fizyoterapist (o klinik için görevlendirilmiş) |  |
| 8-Diğer(lütfen tanımlayın)……………………………...........….. |  |
| **E. Hastanenizde bir klinik nütrisyon ekibi var mı?** | * evet
 | * hayır
 |
| **F. Nütrisyon tedavisi sırasında yazılı prosedürleriniz var mı?** | * evet
 | * hayır
 |
| **G. Cevabınız evet ise aşağıdakilerden hangisi? (Gereğinde birden fazla işaretlenebilir)** |
| 1-ESPEN rehberleri | * evet
 | * hayır
 |
| 2-Bölgesel standartlar (Dernek rehberleri – Hastane protokolleri) | * evet
 | * hayır
 |
| 3-Bireysel nütrisyon tedavi planları | * evet
 | * hayır
 |
| 4- Diğer (lütfen tanımlayın) |  |
| **H. Hastalar yatışta malnütrisyon riski açısından değerlendirilir mi?** | * evet
 | * hayır
 |
| **I. Cevabınız evet ise hangi değerlendirme yöntemlerini kullanırsınız? (Gereğinde birden fazla işaretlenebilir)** |
| 1-Subjektif Global Değerlendirme (SGA) | * evet
 | * hayır
 |
| 2- NRS-2002 | * evet
 | * hayır
 |
| 3- VKI | * evet
 | * hayır
 |
| 4- Laboratuvar parametreleri | * evet
 | * hayır
 |
| 5- Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) | * evet
 | * hayır
 |
| 6- Kişisel deneyim | * evet
 | * hayır
 |
| 7- Diğer (lütfen tanımlayın)  |  |
| **K.Kliniğinizde malnütrisyon riski saptanan hasta olunca ne yapılır?****(Gereğinde birden fazla işaretlenebilir)** | **Malnütrisyonu olan hasta** | **Malnütrisyon riski altındaki hasta** |
| 1-Bireysel nütrisyon tedavi planı geliştirilir | Evet | Hayır | Evet | Hayır |
| 2-Diyetisyen çağırılır | Evet | Hayır | Evet | Hayır |
| 3-Nütrisyon destek ekibi bilgilendirir | Evet | Hayır | Evet | Hayır |
| 4-Hiçbir şey yapılmaz | Evet | Hayır | Evet | Hayır |
| **L. Hastanızı ne sıklıkla tartarsınız? (Gereğinde birden fazla işaretlenebilir)** |
| * aklıma geldiğinde
 | * yatışta
 | * gün aşırı
 | * haftada bir
 | * hiçbir zaman
 |
| **M. Bu anketi kim yanıtladı?** |
| * diyetisyen
 | * Hekim
 | * hemşire
 | * diğer
 |
| **N. Bu anketi yanıtlayan kişi klinik nütrisyon konusunda herhangi bir eğitime katıldı mı?** | * evet
 | * hayır
 |